FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS DEPOUILLY

Externe des Hôpitaux de Paris

Assistant à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingt

Né à Le Creusot (S.-et-L.), le 1er Novembre 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

Président : M. PAUL LECÈNE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI	Pathologie médicale
LGLAVE	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN	Pathologie médicale.
ASSET	Pathologie chirurgicale
AUDOUIN	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.
LANCHETIÈRE	Chimie biologique.
RANCA	Histologie.
RULÉ	Pathologie médicale.
USQUET	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT	Pathologie chirurgicale
HAMPY	Histologie.
HIRAY	Pathologie médicale.
LERC	Pathologie médicale.
EBRÉ	Hygiène.
de JONG	Anatomie pathologique.
UVOIR	Médecine légale.
CALLE	Obstétrique.
IESSINGER	Pathologie médicale.
OIX	Pathologie médicale.
ARNIER	Pathologie expérimentale.
ARVIER	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
OUGEROT	Pathologie médicale.
UÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgical
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgical

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidentés du travai les mutilés de guerre et les infirmes adu tes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MON BEAU-PÈRE

Le Docteur Maurice LAGOUTTE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot

A M. le Docteur V. MORAX

Ophtalmologiste de l'Hopital Lariboisière

Mon Cher Maître,

Pendant nos différents séjours dans votre Service vous avez été pour nous un guide incomparable dont les conseils éclairés et précis ont toujours été accompagnés de bienveillance. Nous vous devons l'idée et les matériaux de ce travail, veuillez accepter le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MON MAITRE DANS LES HOPITAUX DE LYON

M. le Professeur A. PIC

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur J. BABINSKI

Hopital de la Pitié 1920-1921.

M. le Docteur Ch. LENORMANT

Hopital Saint-Louis 1921-1922.

M. le Docteur Clovis VINCENT

Hospice d'Ivry 1923.

M. le Docteur Ch. FOIX

Hospice d'Ivry 1923-1924.

M. le Docteur Ph. PAGNIEZ

Hopital Saint-Antoine 1924.

M. le Docteur E. RIST

Hopital Laënnec 1924.

A MM. les Docteurs Paul MOURE, J. BOLLACK

Edward HARTMANN

A MES MAITRES DE LA CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGT

M. le Docteur J. CHAILLOUS

qui a été, dans le Service du Dr Babinski, notre premier maître en ophtalmologie. Nous avons retrouvé avec plaisir, aux Quinze-Vingt, son accueil si cordial et ses conseils nous furent extrêmement précieux.

M. le Docteur E. KALT

dont la technique opératoire a été, pour nous, pleine d'enseignements.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Paul LECÈNE

Introduction

L'Ophtalmie Sympathique a déjà fait l'objet de travaux nombreux et importants, si bien qu'on possède sur cette affection, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, des notions très précises et très étendues.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe de grosses lacunes à combler et que l'ophtalmie sympathique reste, en somme, une enigme.

A cause de cela, peut-être, elle est une des affections qui ont eu le privilège de diviser les ophtalmologistes en deux camps : les uns redoutant cette complication sournoise des plaies du globe, les autres restreignant considérablement son domaine et allant même jusqu'à la nier. Le champ est donc encore ouvert aux investigations.

Pendant notre séjour dans le service de notre maître M. le Docteur V. Morax, nous avons eu l'occasion d'observer coup sur coup plusieurs cas d'ophtalmie sympathique. Pour ne pas nous contenter de cette « série » nous avons envisagé une période de 6 années — de 1920 à 1926 — et nous avons pu réunir ainsi 7 observations d'ophtalmie sympathique appartenant toutes au service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière.

Il nous semble nécessaire d'indiquer dès maintenant le plan, d'ailleurs simple, de ce travail.

Dans un premier chapitre nous exposerons la question de la fréquence de l'ophtalmie sympathique et nous indiquerons de quel matériel clinique nous avons pu disposer. Le chapitre suivant est consacré aux observations qui sont la base de notre étude clinique. Celle-ci sera suivie de quelques remarques anatomo-pathologiques concernant les 3 cas où l'examen du globe put être pratiqué.

Après avoir exposé de quelle façon fut comprise la prophylaxie de l'ophtalmie sympathique à propos de 190 cas de plaies pénétrantes, nous terminerons par un aperçu rapide sur le traitement de cette affection.

La pathogènie de l'ophtalmie sympathique a déjà suscité de nombreux travaux, nous n'y ferons que de brèves allusions. Peut-être faut-il voir là l'influence directe de nos maîtres qui nous ont toujours enseigné la fragilité d'une interprétation prématurée à côté de la valeur incomparable d'un fait bien observé. Nous voudrions pouvoir leur dire ici combien nous sommes légitimement fiers d'avoir pu inscrire leur nom sur la première page de ce travail, qu'ils acceptent l'hommage de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse affection.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence de l'Ophtalmie sympathique
Matériel clinique

La fréquence de l'ophtalmie sympathique a été très diversement appréciée suivant les auteurs et, ici comme dans d'autres affections, on se heurte à tous les facteurs qui rendent difficile l'établissement d'une statistique médicale.

Les conditions d'observation sont parfois très différentes et là intervient le recrutement particulier de chaque centre ophtamologique. Il n'est pas douteux qu'à ce point de vue spécial la guerre opérait une sorte de nivellement qu'il est impossible de retrouver dans la pratique civile. Dans tel service hospitalier les plaies du globe arrivent *habituellement* dans un délai très court et sont traitées sur le champ, telle autre clinique ophtamologique, au contraire, reçoit plus volontiers des blessés déjà anciens, venant parfois de très loin et traités depuis un certain temps par des médecins, spécialistes ou non, pour des lésions qui paraissaient

bénignes. Ceci, empressons-nous de le dire, n'est qu'un schéma, nous pensons cependant que ce facteur a une réelle importance.

Il en est de même du traitement appliqué aux plaies pénétrantes et nous signalerons dès maintenant l'importance de l'extraction systématique des corps étrangers intra-oculaires à l'aide de l'électro-aimant.

On pourrait multiplier à l'infini les exemples et montrer qu'une question paraissant aussi simple que celle de la fréquence de l'ophtalmie sympathique est en réalité une fonction complexe à variables multiples.

Au fait, cette question de fréquence a-t-elle tant d'importance ? Dans une affection aussi troublante que l'ophtalmie sympathique, il semble bien que oui. Un auteur (1) pouvait dire il y a peu de temps et avec juste raison : « c'est que nous, ophtalmologistes, nous avons été élevés dans la crainte de l'ophtalmie sympathique, que cette crainte est devenue une véritable « hantise ». Lorsque la 2e semaine après le traumatisme écoulée, le globe ne blanchit pas, le fantôme de l'ophtalmie sympathique se dresse devant nous, il ne nous quitte plus les jours et les semaines suivantes ».

Au cours du traitement d'une plaie pénétrante du globe, des raisons de sentiment interviennent donc qui, indépendamment des symptômes cliniques, entrent pour une bonne part dans la décision thérapeutique. Il importe donc de bien connaître l'importance du danger pour agir en toute connaissance de cause.

---

(1) E. Redslob — Contribution à l'étude de la pathologie et de la pathogénie de l'O. S. *Ann. Ocul.* 1921, t. CLVIII, p. 6:9.

Du 1er Janvier 1920 au 1er Janvier 1926, 190 blessés atteints de plaies pénétrantes du globe oculaire ont été hospitalisés dans le service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière. Dans ce nombre nous ne comprenons pas les traumatismes importants qui ont nécessité une exérèse immédiate et qui ne sauraient nous intéresser.

Pendant la même période de six années, 6 cas d'ophtalmie sympathique ont été traités dans le service. Sur ces 6 cas, 2 seulement sont apparus chez des blessés opérés dans le service d'une façon précoce comme c'est la règle pour toutes les plaies pénétrantes dont nous faisons état. Encore faut-il ajouter que l'un d'eux n'a été vu pour la 1ere fois que 3 jours après sa blessure ; il s'agissait d'un blessé porteur d'un éclat magnétique intra-oculaire et appartenant à une usine métallurgique dont les blessés sont adressés habituellement sans retard au service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière.

Les 4 cas restants concernent des malades qui n'ont été observés à Lariboisière qu'après l'apparition des phénomènes sympathiques : le 1er chez un opéré de cataracte, un second après une luxation sous-conjonctivale du cristallin, les 2 autres chez d'anciens blessés.

Sur 190 plaies pénétrantes du globe ayant nécessité l'hospitalisation, l'ophtalmie sympathique s'est donc en réalité produite 2 fois seulement, soit dans 1,05 0/0 des cas.

Cette proportion diffère-t-elle beaucoup de celles qui ont été publiées pendant ces dernières années ? Nous n'avons pas l'intention de faire une revue générale de la question et nous nous adressons à l'une des plus importantes statistiques, de date récente, concernant exclusivement des

blessures civiles. Redslob (1), sur 660 cas de traumatismes perforants relève 8 cas d'ophtalmie sympathique, soit dans 1.21 0/0 des cas.

Les résultats sont donc, a très peu de chose près, concordants et on peu les tenir pour très approchés de la réalité. Somme toute, cette constatation est consolante, d'autant plus que dans un certain nombre de cas, la thérapeutique a été très conservatrice comme nous le montrerons plus loin à propos du traitement préventif.

Pour illustrer ce que nous disions au début de ce chapitre, nous ferons remarquer que si Redslob est frappé du nombre considérable d'enfants de 0 à 15 ans atteints de plaies pénétrantes de l'œil, notre statistique comporte un grand nombre d'adultes ainsi que ces quelques chiffres le font ressortir :

de 1 à 10 ans.....	12 cas
de 10 à 20	28
de 20 à 30	72
de 30 à 40	35
de 40 à 50	19
au-dessus de 50	24

Ces chiffres n'ont pas seulement une importance théorique, mais il font supposer que les agents vulnérants, bien différents suivant les âges, ont peu d'influence sur la fréquence de l'ophtalmie sympathique.

Nous avons ajouté à ces 6 cas d'ophtalmie sympathique, un 7e cas à peine antérieur à la période que nous nous

(1) Loco citato

sommes assignée. Il s'agit d'un ancien opéré de cataracte qui fut envoyé à Lariboisière à la fin du mois d'Août 1919 et que nous avons eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises dans les années qui suivirent.

CHAPITRE II

Observations

Les observations qui suivent — au nombre de 7 — ont toutes été recueillies dans le service de notre maître le docteur V. Movax, à l'hôpital Lariboisière. Nous n'avons pas cru devoir trop abréger l'histoire clinique de nos malades et nous nous excusons de la longueur de certaines de ces observations : l'évolution particulièrement traînante de l'ophtalmie sympathique, ses complications fréquentes et tenaces en sont la cause.

Toutes les tensions ont été prises au tonomètre de Schioetz ; d'autre part, quand nous parlons d'une « série » d'injections de novarsénobenzol, sans préciser, il s'agit d'une série d'injections intraveineuses hebdomadaires aux doses croissantes habituelles : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, etc.

L'examen histologique des yeux énucléés a pu être fait dans 3 cas, pour ceux-ci nous ferons suivre l'observation d'un court résumé anatomo-pathologique. Sans chercher à faire en détail, l'anatomie pathologie de l'ophtalmie sympa-

thique, nous justifierons ainsi le diagnostic et nous nous permettrons d'insister, chemin faisant, sur certains points qui nous ont paru dignes d'intérêt.

OBSERVATION I (N° 120.008) (1)

Il s'agit d'un homme de 55 ans, P... François, opéré de cataracte sénile à l'œil droit le 18 juin 1919, dans un service ophtalmologique de Paris Un peu plus d'un mois après l'intervention, le 22 juillet 1919, apparition d'une légère réaction au *niveau de l'œil gauche* : L'œil est un peu injecté, larmoyant, et le malade constate déjà à cette période une baisse de son acuité visuelle.

Le 12 août 1919, ces symptômes s'exagèrent, l'œil gauche devient plus rouge et le malade accuse des céphalées sus-orbitaires très violentes.

Le 22 août 1919, il est envoyé au Service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière, soit un mois après le début apparent de l'affection sympathique. A son entrée, il présentait au niveau de l'œil droit (œil opéré) un léger enclavement de l'iris dans la cicatrice. L'iris présente un aspect rouillé, le champ pupillaire est occupé par des masses nombreuses et le fond est inéclairable. V = 1/20 avec + 12.

Du côté gauche on constate les signes d'une irido-cyclite manifeste avec larmoiement, photophobie, injection périkératique intense et précipités sur la Descemet. La pupille est régulièrement dilatée par l'atropine qui est instillée depuis une dizaine de jours. Le vitré présente un trouble diffus et le fond d'œil est difficilement éclairable. V = 1/20.

La tension des 2 globes est normale. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le lendemain, 23 août 1919, *on pratique l'énucléation de l'œil droit* et, le malade ayant reçu antérieurement une injection

(1) Le n° correspond au n° du *Journal du Service de Lariboisière*.

de 0 gr. 15 de novarsénobenzol, on commence le traitement général par une dose de 0 gr. 30. L'acuité visuelle s'améliore rapidement et atteint 5/10 le 28 Août 1919. Dans la nuit du 28 au 29 Août, le malade est repris de douleurs oculaires et sus-orbitaires assez vives pour empêcher le sommeil. Le 29 Août au matin on constate que l'injection périkératique est de nouveau très accusée et que l'acuité visuelle s'est abaissée à 5/25.

Malgré l'atropine et les applications chaudes, cette nouvelle poussée va durer jusqu'au 10 septembre 1919 et l'acuité visuelle va baisser progressivement pour atteindre, à cette date, 3/50. La tension est normale.

Le 12 septembre 1919, les douleurs ont disparu, l'injection est beaucoup moins intense ; les milieux sont troubles mais perméables. V O G = 5/35. Le malade se sent beaucoup mieux.

2 Octobre 1919. V. O. G. = 3/10. Il existe de nombreux précipités indocyclitiques, les milieux sont un peu plus clairs et on distingue quelques détails du fond d'œil.

Le traitement par le novarsénobenzol est continué régulièrement à raison d'une injection hebdomadaire de 0 gr. 60, de telle sorte que le malade a reçu jusqu'au 8 novembre 1919 :

1	injection	de 0, 30	de Novar.
1	—	0, 45	—
7	—	0, 60	—
1	—	0, 75	—

Pendant les 3 derniers mois de l'année, l'œil gauche reste relativement calme avec cependant des poussées hyperémiques, habituellement nocturnes et s'accompagnant de douleurs et de troubles de la vision. L'une de ces crises se produit le 15 octobre ; en Novembre, on en compte deux (7 et 19 Novembre) ; en Décembre, trois (1er, 6 et 11 Décembre 1919).

A partir du 17 janvier 1920 on fait une série de 3 injections hebdomadaires de 0 gr. 60 de novarsénobenzol.

Le malade est revu le 7 Juin, il n'a pas eu de nouvelle crise depuis Décembre 1919. V = 5/25 faible. La tension est normale.

4 Octobre 1920. Le malade n'a eu qu'une poussée irritative le 15 Juin 1920. VOG = 5/35. Quelques exsudats pupillaires anciens. On ne voit pas nettement les détails du fond d'œil. La tension reste normale. Il ne se présentera de nouveau à la consultation que le 15 Février 1922. Le malade ne souffre pas, mais présente, à cette date, une baisse de l'acuité : V = 1/50. Après une nouvelle série de novarsénobenzol (5 injections aux doses croissantes habituelles) l'acuité passe à 2/35 et le malade peut se conduire seul.

Pendant 3 ans le malade est perdu de vue, il revient à la consultation le 4 avril 1925 et raconte que, depuis le mois de Mars, son acuité visuelle a considérablement baissé. On constate en effet tous les signes d'une poussée irienne récente. V = compte les doigts à un mètre. On instille un collyre à l'atropine et on commence une série de 12 injections intraveineuses de cyanure de Hg à raison de 3 par semaine.

L'acuité visuelle s'améliore peu à peu et voici quel était l'état du malade lors du dernier examen, pratiqué le 23 juillet 1925 :

VOG = 5/35. Tension normale, pas de douleurs. *A la lampe à fente :* injection périkératique légère : bord pupillaire d'aspect déchiqueté surtout dans sa moitié nasale. La pupille est immobile dans presque toute son étendue, elle présente cependant quelques mouvements dans sa moitié temporale. Exsudats nombreux le long du bord de l'iris et semés de précipités à la face postérieure de la cornée.

OBSERVATION II (N° 132.428)

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans M.. André blessé le 1er Janvier 1915 par l'explosion d'une cartouche allemande avec projection d'un éclat de cuivre dans l'œil droit. Un mois après le traumatisme, l'énucléation est rendue nécessaire et pratiquée le 1er Février 1915 par un médecin allemand.

Le blessé semble avoir présenté dans la suite une violente poussée d'irido-cyclite du côté gauche *ayant débuté 4 semaines environ après l'énucléation de l'œil droit.*

Il se présente à la consultation du service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière le 13 Juin 1921, envoyé à notre maître le Docteur Morax par un ophtalmologiste de province qui lui donne ses soins depuis plusieurs années et qui expose son cas dans une lettre d'où nous extrayons ce passage : « Depuis quelques temps, malgré un traitement médical bien suivi la tension de l'œil gauche augmente et atteignait le 6 juin 1921, 52 mm Hg.

VOG = 1/10 faible avec — 18 D.

Si vous jugez une intervention utile, je vous demanderai de la faire. »

A l'examen, on constate les signes habituels d'une irido-cyclite ancienne : il existe des précipités à la face postérieure de la cornée, la pupille, sous l'action des myotiques, est rétrécie et irrégulière. On devine quelques exsudats en certains points du bord libre de l'iris, mais il n'y a pas séclusion pupillaire et l'examen du fond de l'œil est possible.. Il ne permet de constater qu'un staphylome postérieur consécutif à une myopie ancienne très élevée. VOG = 5/35 faible avec — 20 D.

Le champ visuel paraît normal. Quant à la tension elle est de 45 mm Hg.

On prescrit un collyre à la pilocarpine à instiller 4 fois par jour, et un collyre à l'ésérine pour une instillation, le

soir. D'autre part un traitement général par des injections intraveineuses de novarsénobenzol est commencé le 16 juin 1921. nous en donnons les doses ci-dessous :

16 Juin 1923	0 gr. 15
7 Juillet	0 gr. 30
13 Juillet	0 gr. 45
22 Juillet	0 gr. 60
28 Juillet	0 gr. 75
4 Août	0 gr. 90

Pendant ce traitement, la tension s'est progressivement abaissée, et le 8 août 1921 elle est de 28 mm Hg ; l'acuité visuelle s'est un peu améliorée : VOG — 20 D = 5/25.

Quatre nouvelles injections de novarsinobenzol sont pratiquées aux dates suivantes :

15 Septembre 1921	0 gr. 15
22 Septembre 1921	0 gr. 30
29 Septembre 1921	0 gr. 45
6 Octobre 1921	0 gr. 60

Le malade quitte l'hôpital le 9 Octobre 1921 avec une tension de 30 mm Hg.

Deux mois après, le 9 Décembre 1921, il se présente de nouveau à la consultation en se plaignant d'une baisse considérable de l'acuité visuelle : VOG = 1/50 avec — 20 D. La tension est remontée à 45 mm Hg., la chambre antérieure est effacée mais il n'existe pas de phénomènes douloureux.

Le 13 Décembre 1921. Sclérecto iridectomie par trépanation avec la tréphine de 1 mm 5 au niveau du limbe. L'iridectomie est rendue un peu délicate par la friabilité de l'iris et par son adhérence à la cristalloïde antérieure. Les suites sont normales, il n'y a ni douleurs, ni réaction inflammatoire ; un petit hyphéma persiste jusqu'au 6 janvier 1922,

date où le malade quitte l'hôpital avec une tension oculaire normale et une acuité de 3/50 après correction.

Plus d'un an après, le 30 Mars 1923, la tension est de nouveau remontée à 50 mm Hg. Le champ visuel est rétréci du côté nasal ; VOG = 5/50 avec — 20 D. Le fond d'œil est nettement visible. On prescrit un traitement mixte par le novarsénobenzol et la cyanure de Hg.

Le 2 Mai 1923 le malade est examiné au microscope cornéen avec éclairage par la lampe à fente de Gullstrand. La face postérieure de la cornée est parsemée de précipités dans son tiers inférieur. La cristalloïde antérieure est recouverte d'une sorte de feutrage très léger formé de tractus grisâtres enchevêtrés. Un tractus plus important, d'aspect fibreux passe en pont d'un bord à l'autre du colobome irien.

Le fond d'œil est visible, la papille paraît très légèrement excavée du côté du croissant myopique. On voit passer un gros corps étranger flottant dans le vitré.

TOG = 45 mm Hg.
VOG = 4/50 avec — 20.

Le 8 Mai 1923, *Sclérecto-iridectomie* à l'emporte-pièce de Vacher avec iridectomie périphérique. Les suites sont normales, dès le 12 Mai 1923 la chambre antérieure est rétablie. TOG = 8 mm Hg.

23 Mai 1923 TOG = 23 mm Hg.
VOG = 5/50 avec — 20 D.

Dès le mois de Juin, le malade présente des périodes d'obnubilation hypertensive qui disparaissent après 2 injections de Novarsénobenzol. Le 1er Octobre 1923 il entre à l'hôpital pour la 4e fois, la tension est de 45 mm Hg, et le lendemain de son entrée, il subit une 3e sclirecto-iridectomie. Celle-ci est faite à l'emporte-pièce de Vacher.

sans incidents, si ce n'est d'issue d'une gouttelette de vitré au moment de l'iridectomie périphérique. Le malade quitte l'hôpital le 20 Octobre 1923 :

TOG = 12 mm Hg.
VOG = 5/50 avec — 20.

Cinq mois plus tard, le 2 Avril 1924, l'oculiste qui lui donne ses soins entre ses séjours à l'hôpital, l'adresse de nouveau à notre Maître le Dr Morax, avec la note suivante : « Tension restant élevée (45 mm Hg) malgré les myotiques, seul le néosalvarsan combiné aux myotiques l'abaisse à 28 mm Hg ».

Le 3 Avril 1924, le malade subit une 4e sclérectoiridectomie. Taille d'un lambeau conjonctival à Xh, incision solérale à la lance et résection de la sclérotique à l'emporte-pièce de Vacher, iridectomie. Les suites sont normales et il n'y a en particulier aucune réaction inflammatoire. Par contre, il existe un hyphéma de 3 mm et la chambre antérieure est reformée dès le 5 Avril, 48 h. après l'intervention.

Le malade quitte le service le 26 Avril 1924, son état est alors le suivant :

VOG = 5/50 avec — 20 D

Hypotonie très marquée, au doigt.

Le champ visuel est conservé dans sa partie temporale. Milieux très transparents.

Malgré l'usage régulier des myotiques, l'hypertension va de nouveau s'installer peu à peu et dans les délais accoutumés — dix mois environ — elle atteint 45 mm Hg. Le malade est opéré pour la 5e fois, le 5 Mars 1925 dans le service de notre Maître le Dr Morax et l'intervention est pratiquée par le Dr Young.

Elle consiste en une double sclérectomie : taille d'un large lambeau conjonctival dans la moitié inférieure du

globe, application de la trépbine de 1 mm 5 au niveau du sulcus marginalis et à 2 reprises à 5 H. et à 7 H., en cessant l'application dès l'apparition de phénomènes douloureux qui permettent de supposer qu'on est en contact avec le corps ciliaire. Après ablation des rondelles sclérales l'humeur aqueuse vient sourdre au niveau des orifices de trépanation. Pendant 15 à 20 minutes on éponge cette sorte de sécrétion régulière d'humeur aqueuse et on réapplique le lambeau conjonctival au moyen de 3 points de suture.

Les suites sont normales et le malade quitte le service le 22 Mars 1925 avec une tension oculaire de 28 mm Hg et une acuité visuelle de 2/50 après correction.

OBSERVATION III (N° 140.780).

Ch... Moïse âgé de 17 ans, ouvrier dans une usine métallurgique est blessé au cours de son travail, par un éclat d'acier, le 7 octobre 1922.

Le 10 Octobre, il est envoyé par son médecin à la consultation ophtalmologique de l'Hôpital Lariboisière. A son arrivée, on constate les lésions suivantes :

OG : Plaie de la région du limbe à XII h. avec petit pincement irien. Chambre antérieure effacée. Cataracte traumatique complète. Réaction périkératique modérée.

On fait, sur le champ, une radioscopie qui décèle un corps étranger assez volumineux mobile avec le globe.

Le blessé est alors transporté sous le gros électro-aimant. Le corps étranger est attiré assez facilement et il est extrait au niveau de l'orifice de pénétration... Résection de la petite hernie irienne. Recouvrement conjonctival partiel. Binocle

14 Octobre 1922. Pas de phénomènes douloureux. Réaction périkératique modérée. Cornée claire. Ablation des fils. Le blessé quitte l'hôpital le 19 Octobre 1922.

1er Décembre 1922. Pas de réaction. Œil hypotone avec cataracte complète et séclusion pupillaire.

VOG = Très vague perception lumineuse.

VOD = 1.

6 Décembre. Depuis le 4 décembre, le blessé accuse des troubles visuels passagers au niveau de l'œil droit. A l'examen, on note :

OD. Réaction périkératique assez intense. Douleur à la pression de la région ciliaire. Le fond d'œil paraît normal. V = 1.

On fait immédiatement *l'énucléation de l'œil gauche* et une injection intraveineuse de Novarsénobenzol (0 gr. 15).

7 Décembre. L'œil droit est moins douloureux à la pression. Il existe des synéchies postérieures et la pupille est déformée.

8 Décembre. L'injection périkératique persiste. L'œil n'est pas douloureux.

Atropine. 1 fois par jour.

9 Décembre. Injection de 0 gr. 30 de Novar.

10 Décembre. Le blessé a un peu souffert pendant la nuit. La réaction périkératique est toujours accusée. Sous l'action de l'atropine, plusieurs synéchies ont cédé, la pupille se dilate mais cependant encore un peu irrégulièrement.

Dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure. Milieux très légèrement troubles, pas de corps flottants.

Le fond d'œil parait normal, un peu voilé par le trouble des milieux, mais il n'existe aucune lésion circonscrite.

La tension est normale.

11 Décembre. Grosse injection périkératique.

La pupille est moins dilatée malgré les instillations d'atropine. La tension du globe est basse.

Le traitement par le novarsinobenzol est continué régulièrement à raison de 2 injections de 0 gr. 30 par semaine.

Dans les jours qui suivent et jusqu'au milieu de janvier 1923 l'état reste à peu près stationnaire : les milieux sont lé-

gèrement troubles, la pupille parait rose et ses bords sont estompés. Le microscope cornéen révèle des synéchies multiples et quelques débris pigmentaire sur la cristalloïde antérieure.

L'acuité visuelle varie entre 5/10 et 5/15.

Le 15 janvier 1923, on cesse les injections de Novar. et on les remplace par des injections intraveineuses de Cyanure de Hg, à raison de 3 par semaine.

La pupille est toujours irrégulièrement dilatée, les bords de la papille paraissent flous et il existe des précipités sur la face postérieure de la Descemet.

Depuis le milieu de Décembre 1922, l'affection évolue donc sans changements brusques et l'acuité visuelle se maintient aux environs de 5/10, l'œil est plus calme et l'injection périkératique a sensiblement diminué. Malgré cette accalmie, le traitement général est continué régulièrement et le malade reçoit à partir du 15 Février 1923, une injection de Novar. par semaine (0 gr. 30, puis 0 gr. 45, puis 0 gr 60 par injection pour arriver le 5 avril 1923 à un total de 3 gr. 75 de Novar. en 7 semaines).

Les choses en étaient là, quand brusquement, le 4 mars 1923 le malade est atteint d'un trouble visuel très marqué vers le milieu de la journée. Il s'agit d'un accident très fugace puisque le soir même tout est rentré dans l'ordre.

Le 19 mars 1923 quinze jours après ce premier accès, il se produit un nouvel obscurcissement de la vue accompagné de douleurs périorbitaires violentes qui amènent le malade à l'hôpital. On constate alors que la vision est inférieure à 1/50 et que la tension du globe est très élevée (0/7,5).

La Pilocarpine et l'Eserine remplacent alors l'atropine qui avait été continuée depuis le départ de l'hôpital.

Une ponction de la chambre antérieure pratiquée le 23 mars 1923 ne permet de retirer que quelques gouttes d'humeur aqueuse hématique.

Des injections rétrobulbaires d'Adrénaline n'ont qu'une action transitoire sur l'hypertension, celle-ci oscille entre

40 et 60 mm Hg. C'est d'ailleurs contre ce symptôme que seront dirigées maintenant toutes les tentatives thérapeutiques.

Une première sclérecto-iridectomie est pratiquée le 17 avril 1923 et la tension s'abaisse à 15 mm Hg jusqu'en juin 1923. Celle-ci remonte alors malgré la pilocarpine et on fait le 19 juin 1923 une sclérotomie méridionale qui abaisse de nouveau la tension pendant 3 mois environ.

Une deuxième sclérotomie est pratiquée le 2 octobre 1923. Dans les mois qui suivent, et malgré l'instillation de pilocarpine ou d'ésérine, la tension oscille toujours entre 35 et 40 mm Hg.

L'acuité visuelle après avoir présenté en juin 1923, après la première sclérotomie, une notable amélioration au point de permettre au malade de se conduire seul, s'abaisse de plus en plus.

Le traitement général fut cependant continué à raison de 3 injections de 0 gr. 60 de novarsénobenzol pendant le mois de juin 1923. Au mois de mai 1925, le malade ne peut qu'apercevoir les mouvements de la main à 20 cm et dans le champ temporal. Le fond d'œil est cependant bien visible, mais la tension reste toujours élevée, aux ne virons de 45 mm Hg.

Recherches bactériologiques

1°) *Examen direct.* Des examens répétés, faits à l'ultra-microscope, et portant sur des fragments de choroïde et sur le liquide supra-choroïdien demeurèrent négatifs.

2° *Cultures.* Des cultures furent faites à l'aide de fragments de choroïde et de sclérotique sur différents milieux.

Sur gélose Veillon, on n'observe aucune modification ni des milieux ni des tissus.

Sur gélose-ascite et sur bouillon-ascite on obtint des colonies de cocci prenant le Gram.

3° *Inoculations.* Pratiquées également avec des fragments de choroïde et de sclérotique, dans la chambre antérieure

du lapin elles n'entraînèrent qu'une très légère réaction autour de la plaie cornéenne. On ne put observer ni modifications du fragment inoculé, ni modifications iriennes.

Examen anatomo-pathologique

1° *Lésions antérieures.* Quelques foyers d'infiltration au niveau de l'iris. Gros amas lymphocytaires derrière le cristallin et au niveau de l'angle de filtration qui parait libre.

En dehors de ces lésions typiques, ce qui frappe surtout c'est *l'infiltration très marquée de l'épisclère.* Immédiatement en arrière du limbe en effet, se trouve une zône formée presque exclusivement de vaisseaux sanguins remplis de globules rouges et baignant dans une nappe lymphocytaire ; celle-ci n'est d'ailleurs pas très homogène, elle présente une densification périvasculaire très nette de ses éléments. Ce phénomène est d'ailleurs général et se retrouve au niveau de la sclérotique où les vaisseaux perforants sont entourés de manchons inflammatoires, affectant sur la coupe une forme en fuseau dont le grand axe est parallèle à la surface sclérale.

Le canal de Schlemm apparait sous la forme d'une lumière étroite et allongée, creusée au sein d'un amas de cellules inflammatoires.

2° *Lésions postérieures.* La choroïde présente, au niveau du pôle postérieur de l'œil, des foyers d'infiltration nodulaire et une infiltration lymphocytaire plus diffuse où tranchent seulement les coupes des vaisseaux.

OBSERVATION IV (N° 149.823)

Il s'agit d'une femme de 54 ans, Fr. Joséphine, adressée au service ophtalmologique de l'Hôpital Lariboisière le 20 Février 1924, par un oculiste de Paris, pour avoir l'avis de notre maître le Docteur V. Morax.

La malade raconte qu'elle s'est heurtée à une porte, un mois auparavant. Deux jours après seulement elle remarque que la vision de l'œil traumatisé — œil droit — est réduite à la perception lumineuse. Bien que depuis le 12 Février, elle éprouve de la gène au niveau de l'œil opposé, elle ne se décide à voir un oculiste que le 18 Février 1924.

A son arrivée, le 20 Février 1924, on constate du côté droit une luxation sous-conjonctivale du cristallin à IIh avec une large brèche d'iridectomie spontanée à ce niveau. Il n'y a plus de sang dans la chambre antérieure, seules les couches tout antérieures du vitré paraissent en renfermer encore une légère quantité. Il n'y a pas trace d'exsudat dans le champ pupillaire, par contre le microscope cornéen révèle de très petits précipités sur la Descemet.

L'acuité visuelle est réduite à la perception lumineuse avec bonne projection.

Quant à l'œil gauche, il présente une rougeur générale assez accentuée à maximum périkératique. La pupille est rétrécie et renferme quelques exsudats. On note sur la Descemet la présence de précipités discrets. L'œil gauche n'est pas douloureux ni spontanément, ni à la pression.

L'acuité visuelle est de 5/50.

Le traitement prescrit consiste en lavages des 2 globes, au sérum physiologique chaud, et en instillation d'atropine dans l'œil gauche.

Le lendemain, on obtient une dilatation irrégulière de la pupille gauche ; l'iris laisse alors voir un dépôt circulaire de pigment sur la cristalloïde antérieure. Le vitré paraît trouble et la papille est à peine visible. La tension est de 40 mm Hg. On continue lavages et applications chaudes mais on remplace l'atropine par la pilocarpine : de plus on fait à la malade une injection intraveineuse de0 gr. 15 de Novarsénobenzol.

Le 23 Février, la pupille gauche est moyennement dilatée, régulière ; le champ pupillaire est plus noir et la malade se sent mieux.

On pratique alors l'exérèse du cristallin droit, luxé sous la conjonctive. Celle-ci est examinée attentivement avant l'incision. mais on ne peut constater à son niveau ni solution de continuité ; ni cicatrice ancienne.

Les suites opératoires sont simples, à la place du cristallin luxé s'établit une sorte de soulèvement conjonctival ressemblant à une cicatrice fistuleuse de sclérecto-iridectomie.

La tension de l'œil gauche redevient normale (TOG = 5/7.5) en même temps que l'acuité visuelle s'améliore progressivement pour atteindre 5/25 le 25 Février 1924. La rougeur est moins intense et, à la faveur de la dilatation obtenue par une instillation quotidienne d'atropine on peut entrevoir la papille, malgré le trouble persistant du vitré. Il est nécessaire d'ajouter que cette dilatation est irrégulière et qu'il persiste toujours quelques synéchies.

Le 26 Février 1924 on fait à la malade une injection de 0 gr. 30 de Novarsinobenzol.

3 Mars 1924. L'acuité de l'œil gauche est de 1/3 et la tension normale.

7 mars 1924 VOG = 1 faible avec une sph. + 2.

Le vitré est parfaitement transparent et le fond d'œil paraît normal.

Une nouvelle injection de novarsinobenzol (0 gr. 45 est faite le 8 mars 1924 et la malade quitte l'hôpital le 15 mars 1924. L'acuité visuelle de l'œil gauche s'est maintenue normale :

V = 1 avec Sph + 2

Du côté droit, il n'existe qu'une perception lumineuse et l'examen ophtalmoscopique permet de déceler encore un peu de sang dans les couches antérieures du vitré.

La réaction de Bordet-Wassemann (Baüer et B. W. type). pratiqué pendant le séjour de la malade à l'hôpital s'est montrée négative.

OBSERVATION V (N° 152.536)

D... Raymonde âgée de 16 ans est blessée le 18 juillet 1924 à l'œil droit par un éclat de verre.

Le lendemain, 19 juillet, 12 h. après l'accident elle est admise dans le service ophtalmologique de l'hôpital Laribosière.

On constate à l'œil droit l'existence d'une plaie pénétrante, transversale avec section de la cornée à IX heures et hernie de l'iris.

Sous anesthésie locale, on fait immédiatement la résection de la hernie irienne. Pansement binoculaire.

Dans les jours qui suivent, la plaie cornéenne présente un aspect déchiqueté avec quelques débris iriens entre ses bords. Il n'existe cependant aucune réaction. Une cataracte traumatique commence à se développer.

23 Juillet 1924. La hernie irienne se reproduit. On résèque celle-ci à la pince-ciseaux et on fait une suture cornénne.

26 Juillet 1924. La malade n'a pas souffert. La chambre antérieure est rétablie et la plaie cornéenne cicatrisée. La fluorescéine ne permet pas de déceler, à son niveau, la moindre solution de continuité.

La malade est revue le 6 Août en excellent état ; la cataracte traumatique est complète.

Le 31 Août 1924 elle est de nouveau examinée *et raconte qu'elle éprouve depuis le 15 Août un trouble visuel atteignant l'œil gauche.*

L'acuité de cet œil est, en effet, de 5/20 et c'est là le seul symptôme constaté à cette date.

Trois jours après, la baisse de l'acuité de l'œil gauche est considérable : $V' = 2/50$. Il n'existe ni douleurs, ni réaction périkératique mais un larmoiement s'est installé depuis quelques jours et constitue le seul symptôme irritatif décelable à un examen direct. C'est, en effet, l'examen ophtalmoscopique qui va révèler les lésions les plus intéressantes :

les milieux sont troubles et on constate, au niveau du fond de l'œil un gros œdème papillaire avec œdème choroïdien étendu à tout le pôle postérieur.

On pratique immédiatement *l'énucléation de l'œil droit* (3 Septembre 1924) Atropine OG. Injection intraveineuse de 0 gr. 15 de Novarsénobenzol

Le lendemain, on fait une injection sous-conjonctivale de Cyanure de Hg.

10 Septembre 1924. L'aspect de névrite optique persiste aussi accusé, l'œil est légèrement hypotone. VOG : compte les doigts à 0 m. 25. La malade quitte l'hôpital. Pendant son séjour, la température a oscillé entre 37° et 37°4, une injection de 0 gr. 15 de Novarsénobenzol a été faite tous les 2 jours.

19 Septembre 1924. Au microscope cornéen, on note la présence nette de précipités discrets sur la face postérieure de la cornée. Il existe, de plus, un semis pigmentaire en étoile sur la cristalloïde antérieure. Le fond d'œil est à peine visible à cause du trouble du vitré.

VOG = 5/35. La malade reçoit 0 gr. 30 de Novar.

30 Septembre 1924. L'acuité visuelle s'améliore lentement

VOG = 5/25. Novar : 0 gr. 45.

14 Octobre 1924 VOG = 5/10. Novar : 0 gr. 45.

20 Octobre 1924. La malade se présente de nouveau à la consultation et raconte que depuis 2 jours elle assiste a une baisse rapide de sa vision.

L'œil est rouge par suite d'une grosse vascularisation périkératique. L'iris est déformé, les milieux plus troubles qu'à l'examen précédent, la tension est normale. VOG = 4/50.

Sous l'influence de l'atropine, l'œil se calme peu à peu ; il persiste de nombreuses synéchies irriennes qui déforment la pupille. Les milieux sont troubles et la face postérieure de la cornée est parsemée de précipités dans sa moitié inférieure.

La profondeur de la chambre antérieure est diminuée. La malade continue le traitement arsenical et reçoit 0 gr. 30 de Novar, par semaine. De plus, pendant la première quinzaine de Décembre 1924 on adjoint à ce traitement, le salicylate de soude à la dose de 1 gramme par jour.

Le 13 Février 1925, la vision s'est de nouveau très améliorée VOG = 5/15. La malade continue à recevoir 0 gr. 30 de Novar. tous les 15 jours jusqu'en Avril 1925, date où elle est perdue de vue.

Examen anatomo-pathologique

1°) *Lésions antérieures.* Le segment antérieur de l'œil est très déformé, une quantité de cellules inflammatoires ont envahi ce qui reste de la chambre antérieure où l'on reconnait des fragments d'iris et de cristallin. La racine de l'iris est très infiltrée.

L'infiltration s'étend au tissu épiscléval et présente des renforcements très nets autour des vaisseaux dans une région qui commence au limbe et finit à peu près à l'ora serrata. C'est immédiatement en arrière du limbe que cette disposition est la plus typique à cause de la richesse vasculaire de cette région. Ces vaisseaux sont remplis de globules rouges.

Plus en arrière, on rencontre encore, en pleine sclérotique quelques rares vaisseaux entourés d'un manchon lymphocytaire allongé en fuseau suivant la direction des lamnes sclérotícales..

2°) *Lésions postérieures.* Elles sont ici particulièrement intenses : la choroïde présente sur une coupe, dans son tiers postérieur, la forme d'un croissant avec très gros épaississement au niveau du pôle postérieur. Sur un fond d'infiltration lymphocytaire diffuse se détachent de gros foyers d'infiltration nodulaire.

OBSERVATION VI (N° 154.954)

Il s'agit d'un homme de 40 ans, C.. Clément, garde-chasse adressé à notre maître le Docteur Morax par un oculiste des environs le 27 Novembre 1924, Ce garde-chasse fut blessé à l'œil droit le 2 octobre 1924, par suite de l'éclatement d'une cartouche. Il présentait alors une plaie de la région ciliaire avec hernie de l'iris. Le jour même de la blessure on fait la résection de la hernie irienne et un recouvrement conjonctival. Les suites furent normales jusqu'au 10 novembre 1924 où apparurent des signes de cyclite légère au niveau de l'œil opposé.

L'énucléation ne put être pratiquée que le 14 Novembre 1924 et fut suivie d'une légère amélioration des phénomènes cyclitiques. De plus, le blessé reçut tous les 2 jours une injection intraveineuse de Cyanure de Hg.

Le 27 Novembre 1924 il entre dans le service ophtalmologique de l'hopital Lariboisière. Voici quel était son état :

OG : cornée un peu trouble, pupille bien dilatée par l'atropine avec cependant 2 synéchies entre XI^{H} et I^{H} Précipités sur la cristalloïde antérieure mais rien sur la Descemet. Les milieux sont troubes, la tension plutôt basse. Le champ visuel est normal avec un gros test. VOG = 5/35.

Injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol.

29 Novembre 1924. Injection de 0 gr. 30 de Novarsinobenzol D'autres injections seront pratiquées dans la suite aux dates suivantes :

5 Décembre :	0 gr 45.
11 Décembre :	0 gr. 60.
18 Décembre :	0 gr. 60.
25 Décembre :	0 gr. 75.

Pendant tout le mois de Décembre, l'acuité visuelle oscille entre 5/25 et 5/35 ; les milieux n'ont aucune tendance à s'éclaircir et il existe de gros corps flottants dans le vitré. Le

globe est toujours hypotone. Les modifications les plus intéressantes concernent le champ visuel : la moitié supérieure de celui-ci se rétrécit considérablement et sa limite vient passer à 15° du point de fixation. On croit apercevoir, en effet, un décollement de la moitié inférieure de la moité de la rétine, mais le trouble des milieux rend l'interprétation de l'image très difficile.

31 Décembre 1924. VOG = compte les doigts à 0 m 50. L'hypotonie persiste. On fait une injection sous-conjonctivale de chlorure de sodium en solution à 10 p. 100.

Le 5 janvier, on commence un traitement par le salicylate de soude à raison de 2 gr, puis de 4 gr. par jour. Ce traitement est interrompu le 16 janvier; une série de 12 injections intraveineuses de Cyanure de Hg est alors prescrite, à raison d'une injection tous les deux jours. Pendant le mois de janvier 1925, l'état reste stationnaire : VOG = compte les doigts à 0 m 50. Le champ visuel est toujours réduit à sa moitié inférieure avec intégrité de la zone de fixation. La tension est basse, — Le 29 Janvier 1925, l'œil devient rouge et douloureux, on cesse l'atropine et on applique des pansements humides et chauds.

30 Janvier 1925 TOG = 38 mm Hg. Pilocarpine 4 fois par jour.

14 Février 1925 : TOG = 12 mm Hg.

VOG = 5/35. On cesse la pilocarpine.

20 Février 1925 : TOG = 25 m Hg.

VOG = 5/15 faible.

L'acuité visuelle s'est donc améliorée dans des proportions considérables. Le 25 Février on recommence une nouvelle série de 12 injections de cyanure de Hg.

Le champ visuel s'améliore peu à peu et finit par redevenir normal au début de mai.

Le 4 mai 1925 V = 5/15.

T = 28 mm Hg. A cette date le malade quitte l'hopital.

Le 6 juin 1925. Œil calme, indolore. V = 5/15

Le 5 Février 1926, huit mois après ce dernier examen, le blessé, qui avait repris ses occupations se présente de nouveau à la consultation. Il a remarqué, depuis une quinzaine de jours, un affaiblissement visuel très accusé : V = 5/50. La tension dépasse 50 mm Hg. Entré dans le service pour la deuxième fois, il reçoit une série d'injections du novarséno-benzol suivant la technique habituelle.

Pendant le mois de Mars 1926, la tension, malgré des instillations de pilocarpine répétées 4 fois par jour, reste élevée et oscille entre 38 et 45 mm Hg. L'acuité se maintient à 5/35. Il existe des exsudats pupillaires mais le fond d'œil reste éclairable sans qu'on puisse en distinguer les détails.

Le 1er Avril 1926 TOG = 60 mm Hg. On instille dans la journée, 6 fois un collyre à la pilocarpine et 2 fois un collyre à l'ésérine.

Malgré les myotiques, la tension se maintient très élevée et dépasse 60 mm. Hg.

Le 13 Avril 1926 *Sclérecto-iridectomie*. Taille d'un lambeau conjonctival à XII h. disséqué jusqu'au limbe. Application de la trépline de 1 mm 1/2. Résection pénible de l'iris en raison des adhérences. Les suites sont normales mais la chambre antérieure est reformée 4 jours après l'intervention.

Le 28 Avril 1926. Tension extrêmement diminuée. Fond d'œil éclairable, mais les détails ne sont pas perçus. V = mouvements de la main à 15 cm.

Le 5 Mai 1926. La tension est toujours très basse.

L'acuité visuelle n'a pas varié.

Le 14 Mai 1926. L'acuité visuelle est la même qu'au dernier examen. La tension se relève et parait normale au doigt.

OBSERVATION VII (N° 155.348)

Mme L... Jeanne, âgée de 27 ans a été opérée en province le 4 Novembre 1924, d'une cataracte traumatique de l'œil gauche datant de 20 ans. Les suites furent normales, sans réaction ni douleurs. Au bout de 3 semaines environ, apparition dans la chambre antérieure d'un large hyphéma.

Le 20 Décembre 1924, elle se présente, envoyée par son médecin, au service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière. Elle raconte que *depuis 4 ou 5 jours elle voit moins bien de l'œil droit* et que les objets lui paraissent déformés. On constate en effet à l'examen ophtalmoscopique un aspect flou des bords de la papille avec œdème péripapillaire, les vaisseaux sont dilatés mais, il n'y a pas d'hémorragies. Le vitré parait légèrement trouble. La pupille, moyennement dilatée, ne réagit pas à la lumière. Au microscope cornéen, on confirme l'existence d'une séclusion pupillaire et l'on aperçoit des précipités à la face postérieure de la cornée.

OD avec + 4 V = 5/25 champ visuel normal
OG (côté opéré) V = P. L. avec mauvaise projection
Tension : OD T = 18 mm Hg.
OG T = 8 mm Hg.

On pratique sur le champ l'énucléation de l'œil gauche.

Un traitement général par le novarsénobenzol est institué le jour même de l'entrée et la malade reçoit jusqu'au 3 Janvier 1925, quatre injections intraveineuses à doses croissantes.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Dans les jours qui suivent l'intervention, on assiste à une légère accentuation de la papillite et de l'œdème rétinien interpapillo-maculaire.

Le 24 Décembre 1924, les milieux sont plus perméables. Au miroir plan, le reflet rouge du fond de l'œil parait légère-

ment voilé, blanchâtre, comme dans un décollemnt rétinien atténué. -

OD + 2,50 V = 5/25

La tension est toujours basse.

Le 2 Janvier 1925. Examen sous atropine. On obtient un large mydriase, les milieux sont clairs, le pôle postérieur paraît être le siège d'un très léger trouble rétinien, les vaisseaux sont un peu onduleux. Quelques rares précipités sur la Descemet.

OD + 2 V = 2/3

Au microscope cornéen, on voit qu'il existe sur la cristalloïde antérieure un fin semis pigmentaire. La chambre antérieure n'est pas optiquement vide, elle est remplie comme d'une fine poussière en suspension dans l'humeur aqueuse.

La malade quitte le service le 7 janvier 1925.

D'une lettre adressée par la malade le 28 mai 1926, nous extrayons les passages suivants : « Depuis le départ de votre service j'ai continué la série de piqûres intraveineuses commencée par vous et depuis, je n'ai plus suivi aucun traitement. Ma vue s'est améliorée peu à peu et le nuage blanc que j'avais devant l'œil en quittant Paris a disparu. Je n'ai jamais souffert depuis mon départ et ma vue porte très loin. »

Quelques jours plus tard, le 31 mai 1926, la malade était examinée à Lariboisière et objectivement on constatait que l'œil était redevenu normal *avec une acuité visuelle égale à* 1 après correction d'un astigmatisme léger.

Examen anatomo-pathologique

Il existe un pincement irien au niveau de la cicatrice limbique. Celle-ci est entourée d'amas lymphocytaires importants situés dans les lames cornéennes. Après une légère solution de continuité on retrouve l'iris qui a pivoté autour de son insertion et dont la face postérieure regarde par

conséquent la cornée. Celui-ci est épaissi et présente de nombreux foyers d'infiltration. Sur d'autres coupes, un exsudat épais réunit les 2 bords opposés de la pupille.

Le corps ciliaire est peu infiltré, mais l'infiltration atteint son maximum au niveau du pôle postérieur de la choroïde. Celle-ci est considérablement épaissie et l'infiltration y revit un caractère diffus.

Les vaisseaux épiscléraux sont entourés d'un manchon inflammatoire au niveau de l'émergence des vaisseaux ciliaires antérieurs. De plus, un peu en arrière du limbe, des lymphocytes sont disseminés en pleine sclérotique suivant des traînées parallèles à la surface scléroticale et présentant des renforcements périvasculaires importants.

CHAPITRE III

Etude synthétique de nos Observations

I. Remarques cliniques — Fréquence et gravité du symptome hypertension.

Durée d'incubation. — Dans les observations qui précèdent, le temps écoulé entre la blessure ou l'intervention et l'apparition de troubles dans l'œil du côté opposé est compris entre d'étroites limites. L'intervalle minimum a été en effet de 23 jours alors que l'intervalle maximum a été de 2 mois. C'est donc au cours du deuxième mois qu'on a les plus grandes chances d'observer l'éclosion des phénomènes sympathiques. Nous n'insisterons pas sur ce point qui ne fait que confirmer des notions absolument classiques.

Influence de la nature du traumatisme. — Est-il possible de tirer de la nature du traumatisme des indications intéressantes ? Nous ne le pensons pas. Tout au plus ferons-nous remarquer que l'opération de la cataracte exécutée, nous le supposons, dans des conditions d'asepsie satisfaisante, conti-

nue à fournir une proportion relativement élevée d'ophtalmie sympathique ; 2 cas sur 7 (obs. I et VII). Ces 2 cas concernent des opérés qui firent après l'intervention, un pincement irien dont le rôle favorisant est très généralement admis en dehors de toute considération théorique. Truc et Dejean (1) ont insisté récemment sur des cas semblables d'ophtalmie sympathique consécutive à l'opération de la cataracte.

L'observation IV concerne une blessée ayant présenté une luxation sous-conjonctivale du cristallin et serait surtout intéressante à envisager du point de vue pathogénique. Malheureusement cette malade fut observée pour la 1ère fois beaucoup trop tard et, en particulier, on ne possède sur les lésions initiales que des renseignements très vagues. D'autre part, la thérapeutique conservatrice appliquée à ce cas n'a pas permis de faire l'examen du globe traumatisé et d'étudier comme dans le cas de Redslob les rapports du cristallin avec le revêtement conjonctival et l'état d'intégrité plus ou moins complète de ce revêtement.

Quant aux autres observations, elles ont trait à des sujets atteints de plaies pénétrantes du globe oculaire. Trois fois sur quatre le siège de la blessure a pu être déterminé avec exactitude. Celle-ci intéressait toujours le segment antérieur de l'œil et d'une façon plus précise la périphérie cornéenne et la région limbique.

Influence du traitement. — Dans ces cas de plaies pénétrantes, le traitement appliqué fut des plus simples et a consisté en une résection de la hernie irienne avec recouvre-

(1) Truc et Dejean — Communication au 38e Congrès de la *Soc. Fr. d'ophtalmologie*. Séance du 13 Mai 1925.

ment conjonctival. Dans un cas cependant (obs. V) on se contenta de faire la résection irienne sans avoir recours au recouvrement conjonctival. La coaptation fut mauvaise et la hernie de l'iris se reproduisit 4 jours après cette 1ere intervention. On fut alors obligé d'intervenir de nouveau et de faire une suture cornéenne après avoir réséqué cette hernie irienne. L'existence d'une plaie cornéenne irrégulière, laissant la hernie se reproduire peut fort bien expliquer le développement d'une infection aboutissant au développement d'une ophtalmie sympathique. La 1ere intervention avait été pratiquée 12 heures après le traumatisme, c'est-à-dire dans d'excellentes conditions, mais on peut admettre que l'œil est, en réalité, resté ouvert pendant plus de 4 jours. Ajoutons que dans une autre de nos observations (obs. VI) résection et recouvrement furent faits le jour même de la blessure ce qui n'empêcha pas l'éclosion d'une ophtalmie sympathique.

Quant au blessé qui fait l'objet de l'observation III il constitue une sorte d'exception parmi les blessés provenant du même centre métallurgique : porteur d'un corps étranger intraoculaire il n'est arrivé au service ophtalmologique que 3 jours après sa blessure, alors que les autres blessés arrivent très habituellement dans les 24 H. Cet intervalle de 3 jours entre le traumatisme et l'extraction du corps étranger peut, certes, favoriser l'infection particulière, cause de l'ophtalmie sympathique, mais nous ne faisons qu'observer le fait sans l'interpréter car, d'une part, la tolérance de l'œil pour les corps étrangers est parfois grande et d'autre part il arrive qu'un corps étranger ne soit extrait à l'électro-aimant qu'à la deuxième ou troisième tentative, c'est à dire 3 ou 4 jours après l'accident.

Formes cliniques. L'exposé de nos observations a mis en relief la variété des formes cliniques que peut revêtir l'affection. On peut même dire que parmi ces 7 cas, il n'en est pas de complètement superposables.

Classiquement, l'ophtalmie sympathique est avant tout, une irido-cyclite plastique. L'attention est surtout attirée du côté du segment antérieur et la présence d'exsudats dans le champ pupillaire, de synéchies iriennes précoces aboutissant à une véritable séclusion, empêchent d'autres investigations. L'état du vitré et, à plus forte raison celui du fond d'œil est difficile à préciser. Dans plusieurs de nos observations cependant on a pu mettre en évidence l'existence de cette uvéite postérieure qui est constamment retrouvée sur les préparations anatomo-pathologiques.

Dans l'une d'elles, en partiulier, (Obs, V) c'est le trouble visuel qui ouvre la scène, l'œil n'est ni rouge ni douloureux et l'examen ophtalmoscopique seul donne l'explication de cette baisse de l'acuité en faisant constater une grosse névrite optique avec œdème choroïdien étendu à tout le pôle postérieur de l'œil. Ce n'est que 20 jours plcs tard, et grâce au microscope cornéen, que l'on peut mettre en évidence des précipités et des dépôts pigmentaires, seuls témoins d'une irido-cyclite discrète. En présence de tels faits, il semble téméraire de vouloir parler de deux formes cliniques, nettement tranchées, d'ophtalmie sympathique : la forme antérieure et la forme postérieure. Entre ces deux formes, tous les intermédiaires existent et les cas rapportés dans nos observations VI et VII peuvent servir à illustrer ce que nous avançons.

Dans cette dernière observation, en effet, on a pu constater à chaque examen, l'existence simultanée de signes « anté-

rieurs » et de signes « postérieurs » avec cependant prédominance pour ces derniers.

Dans l'observation VI au contraire, les phénomènes cyclitiques ont été les premiers en date. Il se produisit alors une modification importante du champ visuel coïncidant avec l'apparition d'une image ophtalmoscopique rappelant le décollement rétinien.

Il est donc intéressant de rechercher, chaque fois que cela est possible, l'atteinte des différentes parties du tractus uvéal : il existe une uvéite sympathique et le reste n'est qu'une question de prédominance.

Complications. — Les complications de l'ophtalmie sympathique sont de divers ordres, nous envisagerons plus spécialement ici l'hypertension et les observations II, III et VI serviront de base à notre étude clinique.

On rencontre donc cette complication redoutable dans près de la moitié des cas, et elle survient en général 3 mois après l'éclosion des accidents sympathiques (obs. III et VI).

Le début est habituellement brusque : sous l'influence de l'atropine, des applications chaudes et du traitement général, l'œil était devenu plus calme lorsque tout à coup douleurs et rougeur font leur réapparition, l'acuité visuelle baisse considérablement ; on prend la tension et on la trouve aux environs de 40 ou 45 mm Hg.

Sous l'influence des myotiques et de la reprise du traitement général, la tension s'abaisse et peut même devenir normale. Il ne s'agit là malheureusement que d'une amélioration passagère. Après une période parfois assez longue (obs. VI) les myotiques restent sans effet, des injections

rétrobulbaires d'adrénaline n'ont qu'une action réduite et peu durable, l'intervention s'impose. Là encore, l'amélioration n'est que transitoire et les interventions doivent être répétées. Elles produisent chaque fois une détente de l'œil et souvent une amélioration visuelle appréciable qui justifient cette répétition.

Au reste, la lecture de nos observations II et III nous dispense d'insister davantage sur le tenacité de l'hypertension dans l'ophtalmie sympathique. Toutes les fois qu'un œil n'est pas désorganisé par le processus, c'est bien à l'hypertension que se réduisent les troubles du tonus au moins dans la grande majorité des cas.

Dans notre observation VI, une hypotension manifeste et durable avait succédé à la sclérecto-iridectomie, mais la tension était en train de s'élever lentement et progressivement au moment de la publication de ce travail.

A côté de ces formes graves d'hypertension d'origine sympathique, il existe des formes bénignes qui cèdent facilement aux myotiques : l'observation IV qui concerne pourtant une femme de 54 ans en est un exemple.

Quant au *pronostic* de cette hypertension il est des plus sombres et l'acuité visuelle, le plus souvent, ne permet pas au malade de se conduire seul. Parmi les 7 cas d'ophtalmie sympathique que nous relatons, les plus mauvaises acuités appartiennent, et de loin, aux 3 malades ayant fait de l'hypertension.

Nous ne considérons pas, d'ailleurs, cette hypertension comme un symptôme qui, une fois déclanché, évolue pour son propre compte. Nous pensons au contraire qu'elle est étroitement liée à la forme même de l'ophtalmie sympathi-

que qui la détermine et que les poussées hypertensives, avec toutes leurs conséquences, ne sont qu'un témoignage du réveil, brutal ou sournois, d'une infection mal éteinte.

II. Remarques Anatomo-pathologiques

Dans les trois cas où l'examen anatomo-pathologique de l'œil énucléé a pu être fait, nous avons retrouvé des lésions absolument typiques d'uvéite sympathique. Nous ne nous arrêterons pas à la discussion même de ces lésions et en particulier nous n'étudierons pas en quoi elles peuvent différer de certaines uvéites tuberculeuses. Nous voudrions surtout insister sur la topographie des lésions.

Tous les examens anatomo-pathologiques un peu détaillés signalent ces infiltrations de l'épisclère et des vaisseaux perforants scléraux que nous avons retrouvées sur nos préparations. En dehors des lésions uvéales, il y a là quelque chose de très remarquable si l'on songe que c'est en ce point qu'émergent précisément les veines ciliaires antérieures. Quand il s'agit d'ophtalmie sympathique on peut raisonner sur la similitude des lésions observées dans l'œil sympathisant et dans l'œil sympathisé. Transportons par la pensée les lésions observées au niveau de l'œil énucléé dans l'œil sympathisé et rapprochons ce fait de la fréquence du symptôme « hypertension » au cours de l'évolution de l'ophtalmie sympathique. On est conduit presque naturellement à attribuer à la gêne de la circulation de retour l'hypertension oculaire si souvent observée. L'épisclère est infiltrée, les veines sont gorgées de sang et entourées de manchons inflammatoires ; tout se passe donc

comme si, à chaque réveil de l'infection, cette gêne circulatoire augmentant, provoquait une élévation du tonus. L'observation clinique nous a d'ailleurs appris que l'installation ou la recrudescence de l'hypertension avaient, en général un début brusque pouvant être précisé par le malade.

D'autre part, ces considérations nous paraissent superposables à celles qu'émettaient récemment Baillart et Magitot (1) dans leur travail sur le régime circulatoire du glaucome. Ces auteurs ont été frappés de la fréquence très grande des phénomènes inflammatoires dans le glaucome, même lorsqu'il s'agit de glaucome chronique primitif. La plupart de ces glaucomes « ont des crises parfois très espacées, plus ou moins fortes, plus ou moins améliorées par les myotiques et pendant lesquelles la rougeur du limbe et de l'épisclère fait son apparition ». La signature de cette inflammation se retrouve sur les coupes des yeux glaucomateux et les lésions affectent, en moins accusée, la disposition même sur laquelle nous avons insisté.

A propos de ces examens anatomo-pathologiques nous ferons deux remarques. La première concerne la région de l'angle de filtration. Les lésions importantes du globe ne permettent souvent pas d'apprécier, dans l'œil inculéé, l'état de ce dernier. Dans notre observation III cependant l'angle était visible et paraissait libre quoique parsemé, d'une façon peu dense d'ailleurs, de lymphocytes.

La deuxième remarque soulignera une lacune de nos examens : les vortiqueuses n'ont pu être retrouvées sur les

(1) Baillart et Magitot — Le régime circulatoire du glaucome. *Ann. Ocul. 1925.* T. CLXII, p 729.

coupes dont nous disposions. Redslob (1) a vu dans plusieurs cas leur gaine fortement infiltrée.

En résumé, il nous a semblé que la cause de l'hypertension oculaire devait être cherchée avant tout, non pas dans la région de l'angle de filtration, mais à un relais plus éloigné, c'est-à-dire au niveau des veines efférentes, en particulier dans le domaine des veines ciliaires antérieures. L'ophtalmie sympathique est une affection intéressante à envisager à ce point de vue puisqu'elle réalise un état inflammatoire chronique dont nous connaissons la topographie et qui ne s'accompagne pas de lésions destructives rendant toute interprétation impossible.

---

(1) Loco citato. — Obs. I, IV et V.

CHAPITRE IV

Prophylaxie de l'Ophtalmie sympathique

Pour traiter d'une façon satisfaisante cette grave question du traitement préventif de l'ophtalmie sympathique il serait nécessaire de connaître mieux la nature de cette affection. Or, l'imagination peut se donner libre cours quand il s'agit de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. Ici comme déjà tant de fois dans la science médicale, l'explication surgira vraisemblablement par suite du développement d'une science voisine et nous pensons volontiers que c'est la bactériologie qui, muette jusqu'ici, permettra un jour, par une orientation nouvelle de connaître la nature véritable de l'ophtalmie sympathique. Ici, en effet, se trouve posée la question du « tropisme » d'un virus et des formes différentes qu'il peut revêtir. Il n'est pas déraisonnable de supposer que le virus, connu ou inconnu, de l'ophtalmie sympathique, après avoir « cultivé » pendant un certain temps au niveau du tractus uvéal de l'œil blessé, ait pu acquérir des propriétés spéciales, un « tropisme » particulier qui le rende offensif pour le même tissu de l'œil opposé.

Nous nous excusons de cette très brève allusion à la pathogénie de l'ophtalmie sympathique et nous allons étudier, à l'aide de documents cliniques ce que peut être le traitement préventif de cette affection.

En présence d'une plaie pénétrante du globe, la première chose à faire est de s'assurer s'il y a ou non, un corps étranger intraoculaire, ce qui est ordinairement facile grâce à la radioscopie et à l'electro-aimant. Parfois cependant pour les éclats très petits et très postérieurs la radiographie sera nécessaire : on fera 2 poses sur la même plaque en faisant diriger le globe successivement vers le haut et vers le bas.

Sur les 190 plaies pénétrantes que nous avons envisagées, il existait 91 fois un corps étranger intraoculaire, soit dans près de la moitié des cas. L'extraction à l'électro-aimant fut possible dans 61 cas, c'est à dire 2 fois sur 3 ; certains corps étrangers, en effet, étaient fichés en pleine sclérotique au pôle postérieur de l'œil, d'autres n'étaient pas magnétiques.

Le traitement de la plaie pénétrante elle-même est des plus simples, il consiste le plus souvent en une résection de la hernie irienne, presque constante, et en un recouvrement conjonctival.

Les suites opératoires doivent être surveillées avec soin et c'est là, en somme, que réside toute la difficulté pour qui ne veut pas énucléer systématiquement au premier symptôme irritatif du côté blessé.

Il faut compter en premier lieu sur les complications post-opératoires qui peuvent permettre la réinfection d'un œil qu'on s'était efforcé de mettre à l'abri : reproduction d'une hernie irienne ou même production d'une hernie du corps ciliaire à la suite de plaies scléro-cornéennes. Mais, la plupart du

temps, les phénomènes irritatifs ne peuvent pas être mis sur le compte d'un incident post-opératoire. Après l'intervention, le blessé continue à souffrir, l'injection périkératique loin de s'atténuer, augmente, la région ciliaire est sensible à la pression et parfois apparaissent des exsudats dans le champ pupillaire : une intervention s'impose et c'est à l'énucléation, que l'on doit avoir recours. Ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique de l'ophtalmie sympathique nous dispense d'insister sur ce point : les lésions dépassent souvent le domaine de l'uvée et il est sage d'être aussi large que possible.

L'éviscération paraît cependant — théoriquement — une opération presque satisfaisante et défendable encore qu'il faille faire abstraction des foyers d'infiltration périvasculaires qu'on retrouve en pleine sclérotique. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut en revenir aux faits et qu'une observation comme celle que rapportait pendant la guerre notre maître, le docteur Kalt, conserve toute sa valeur. Dans ce cas, l'éviscération faite 4 jours après le traumatisme n'a pas empêché l'apparition de l'ophtalmie sympathique.

Les suites opératoires sont d'ailleurs bien différentes suivant qu'il s'agit d'énucléation ou d'éviscération. Si, dans le premier cas, on obtient immédiatement une sédation de tous les symptômes inflammatoires, dans le second cas ceux-ci persistent pendant 3 ou 4 jours : il existe une tuméfaction de tout le contenu orbitaire, du chémosis, de l'œdème des paupières et on comprend fort bien que tous ces phénomènes soient favorables au développement d'une infection qui existait à l'état latent. Ceci encore plaide en faveur de l'énucléation.

On pourrait objecter, il est vrai, qu'il est excessif de faire

une intervention aussi radicale dans la crainte d'une affection aussi rare que l'ophtalmie sympathique. La réponse est assez facile : si l'ophtalmie sympathique est actuellement rarement observée c'est probablement grâce à toutes les précautions prises contre elle. Qu'on relâche cette surveillance, qu'on pratique sur une grande échelle des interventions limitées et les cas d'ophtalmie sympathique iront se multipliant jusqu'à un nouveau cri d'alarme. — Pour l'instant, et fort heureusement, nous devons nous contenter de faits isolés pour montrer que le danger de l'ophtalmie sympathique existe et qu'il n'est pas vain d'essayer de la prévenir quand on a la chance d'arriver à temps.

Dans un travail que nous avons déjà cité, Redslob rapporte que sur 660 cas de plaies pénétrantes du globe, l'énucléation fut pratiquée 250 fois, soit dans 38 o/o des cas. Or, dans aucun cas, l'examen anatomo-pathologique de ces yeux énucléés *préventivement* n'a permis de constater des lésions d'uvéite sympathique. L'auteur n'a constaté de lésions sympahisantes que là où l'autre œil était déjà atteint d'ophtalmie sympathique.

Contrairement à cet auteur nous avons pu retrouver un cas d'uvéite sympathique appartenant à un globe énucléé d'une façon préventive.

Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans. T.... Marcel, blessé le 9 août 1924 par un éclat d'acier à l'œil droit. Le 11 août on pratique l'extraction du corps étranger à l'électro-aimant. Les suites opératoires furent troublées par l'apparition d'une irido-cyclite ne présentant aucune tendance à la résolution, et l'énucléation fut pratiquée le 4 septembre 1924. L'œil opposé n'a jamais présenté le moindre symptôme irritatif.

L'examen anatomo-pathologique permet de constater *des lésions absolument typiques d'uvéite sympathisante,* les lésions sont très accusées au niveau de l'iris et derrière le cristallin existent d'importants amas lymphocytaires. Quant à la choroïde elle présente au niveau de son 1/3 postérieur des ilôts d'infiltration très nets mais clairsemés. Les vaisseaux cheminant dans l'épisclère un peu en arrière du limbe sont entourés, eux aussi, de manchons lymphocytaires importants.

Un cas de ce genre, à lui seul, peut donc justifier l'énucléation préventive. Cette énucléation a d'ailleurs toujours été pratiquée avec circonspection comme ces quelques chiffres le mettent en évidence. Sur 190 plaies pénétrantes, l'énucléation fut faite 35 fois ; dans 11 cas il s'agissait de complications purulentes, restent donc 24 cas où l'énucléation fut pratiquée par crainte de l'ophtalmie sympathique, soit 12,6 o/o des cas.

Voici dans quels délais furent pratiqués la plupart de ces énucléations :

moins de 15 jours après le traumatisme	:	18
— 1 mois	—	9
— 2 mois	—	5

Un peu plus de 5o/o de ces cas furent donc énuclées dans les 15 jours qui suivirent la blessure.

Les signes sur lesquels on se base pour décider l'intervention sont connus de tous et nous n'y reviendrons pas ; l'examen au microscope cornéen facilite d'ailleurs beaucoup les choses et son emploi, à ce point de vue, est extrêmement précieux.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement de l'ophtalmie sympathique est malheureusement assez décevant et si nous avons insisté sur la prophylaxie de cette affection il nous reste peu de choses à dire sur les ressources thérapeutiques dont nous disposons pour la combattre.

Dans les cas que nous avons relatés, la thérapeutique fut des plus simples : après avoir pratiqué l'énucléation aussi rapidement que possible, un traitement général par le novarsénobenzol fut institué. Quant au traitement local il consista en applications chaudes et en instillations d'un collyre à l'atropine.

On a pu voir, à la lecture de nos observations que les injections intraveineuses de novarsénobenzol avaient été pratiquées à des doses et à des intervalles un peu différents. Quoi qu'il en soit, elle furent admirablement supportées malgré la longue durée du traitement. Ces injections ont constitué la base du traitement, cependant dans plusieurs cas

on alterna mercure et arsenic en prescrivant entre deux séries arsenicales, une série de 12 injections intraveineuses de 0 gr. 01 de Cyanure de Hg.

Le traitement général a paru avoir une efficacité marquée puisque, en dehors des cas qui se sont compliqués d'hypertension, nous pouvons relever les acuités suivantes :

Obs. I	V = 5/35
— IV	V = 1
— V	V = 5/15
— VII	V = 1

L'énucléation ne fut pas toujours pratiquée au moment de la constatation des phénomènes sympathiques et l'observation IV constitue une exception à ce point de vue. Chez cette blessée, en effet, il existait déjà du côté sympathisé quelques exsudats dans le champ pupillaire et un vitré trouble alors que du côté traumatisé on ne pouvait voir que de très petits précipités sur la Descemet. Il était donc à craindre que l'affection ne prenne au niveau de l'œil sympathisé une allure grave entrainant la cédité, c'est ce qui fit rejeter l'énucléation. On se contenta d'extraire le cristallin luxé sous la conjonctive. Les suites furent excellentes et la malade récupéra vite une acuité normale.

Le traitement de l'hypertension est beaucoup plus décourageant. La sclérecto-iridectomie est habituellement insuffisante ou ne régularise la tension que d'une façon transitoire. Nos observations II et III ont exposé en détail comment fut entreprise la lutte contre l'hypertension et nous n'y reviendrons pas.

Nous insisterons pour terminer sur la nécessité qu'il y a

de soumettre les malades à des examens fréquents ou tout au moins réguliers si l'on veut éviter une aussi redoutable complication. Au moindre symptôme alarmant on recommencera un traitement arsenical dont l'efficacité est réelle toutes les fois qu'il s'agit d'une poussée inflammatoire récente.

Conclusions

I. L'ophtalmie sympathique s'observe dans 1 o/o des cas de plaies pénétrantes, environ. Malgré les précautions aseptiques elle s'observe encore avec une fréquence relative à la suite d'interventions sur le globe et en particulier après l'opération de la cataracte lorsqu'elle est suivie de pincement irien.

II. Les formes cliniques de l'ophtalmie sympathique sont nombreuses, mais il faut se souvenir que l'uvée est intéressée en totalité et qu'on peut retrouver en clinique tous les intermédiaires entre l'irido-cyclite plastique, type antérieur et la papillo-rétinite, type postérieur.

III. L'hypertension oculaire est une des complications les plus redoutables de l'affection, elle est en effet tenace, résistant aux myotiques et aux interventions et entrainant à plus ou moins longue échéance un état voisin de la cécité.

IV. Au point de vue anatomo-pathologique, à côté des lésions du tractus uvéal, il existe au niveau de l'épisclère, immédiatement en arrière du limbe, une région particulièrement infiltrée, correspondant à l'émergence des veines ciliaires antérieures qui sont dilatées et gorgées de sang. Ce fait anatomo-pathologique rapproché de la fréquence du symptôme « hypertension » au cours de l'ophtalmie sympathique parai-

trait indiquer que l'état de la circulation dans le domaine des veines ciliaires antérieures n'est peut-être pas sans influence sur le tonus de l'œil et il pourrait peut-être contribuer à étayer dans une certaine mesure la théorie vasculaire du glaucome.

V. L'énucléation préventive constitue le procédé de choix pour prévenir l'ophtalmie sympathique. Malheureusement une surveillance insuffisante et la négligence des blessés ne permettent pas toujours de pratiquer cette intervention dans les meilleures conditions, c'est à dire dans la première quinzaine qui suit le traumatisme.

VI. Le traitement de l'ophtalmie sympathique par les injections arsenicales, le novarsénobenzol en particulier, associées, le plus souvent aux injections de cyanure de Hg a une action très réelle. Il doit être continué pendant fort longtemps, en dépit des rémissions trompeuses, si l'on veut se mettre à l'abri de nouvelles poussées et de complications redoutables.

Vu le Doyen *Vu le Président de Thèse*

ROGER LEGÈNE

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur

LAPIE

Bibliographie

La bibliographie de l'ophtalmie sympathique est considérable et nous nous contenterons de signaler les travaux parus sur cette question depuis 1920. Pour les travaux antérieurs, on consultera :

Encyclopédie française d'ophtalmologie, T. V., p. 328.

V. Morax. — Pathologie oculaire. Index bibliographique, p. 423.

E. Chiras. — Ophtalmie sympathique à début névritique. — Th. Paris 1924.

E. Redslob. — Contribution à l'étude de la pathologie et de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. — *Ann. Ocul.*, 1921, T. CLVIII, p. 716.

Asmus. — Deux cas d'ophtalmie sympathique. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, Vol. XLV (1921), Fasc. IV p. 211.

Altube (J.-C.) et Sabanowsky (P.). — Oftalmia simpatica despues de 14 dias de la énucléacion. — Sem. méd. Buenos-Aires, 1922, T XXIX, p. 336.

Benedict (W.-L.). — Sympathetic ophtalmia with recovery of vision in the sympathizing eye. — Surg. Clin. N. Am., Phila. 1924, IV, p. 495.

Blundo (Giuseppe). — Oftalmia simpatica con speciale rignardo alla etiologia ed alla patogenesi. Catania 1924.

Boussi. — Quelques considérations sur l'ophtalmie sympathique. — *J. de Méd. de Paris*, 1920, T XXXIX p. 504.

Brown (E. V. L.). — Sympathetic inflammation due to faulty trephining. — Tr. Am. Opht. Soc ; Phila., 1922, T. XX, p. 262.

Campbell (M.). — Some further observations upon sympathetic ophtalmia. — Eye. Ear.. etc.., Chicago, 1924-25, p. 195.

Cantonnet (A.). — L'ophtalmie sympathique, comment la reconnaitre, comment la traiter ? — *Rev. générale de clin. et de thérap.*, Paris, 1922 XXXVI p. 641.

Cantir (L.). — Contributo allo studio dell'oftalmia simpatica insorta dopo l'enucleazione dell'occhio simpatizzante. — *Gior. d. r. Accad. di med, di Torino*, 1921, T. XXVII, p. 305.

Casdino. — Panoftalmite da B. subtilis e neuro-retinite simpatica. — *Gior. di ocul.*, Napoli, 1921, II, p. 119.

Charles (Z. W.). — The etiology of sympathitic ophtalmia and especially its similarity to tuberculosis. — *Progr. Med. Phila.*, 1924, II, p. 389.

David et Deunis. — Apparition d'une ophtalmie sympathique neuf mois après l'énucléation suivie de l'implantation d'une bille d'or dans la capsule de Tenon. — *American Journal of ophtalmologie*, 1920, Vol. III. p. 497.

Ellet (E. C.). — Report of two cases of sympathetic ophtalmia, presenting unusual features. — Tr. Am. Acad. Ophth.. etc., Chicago, 1922, Vol. XXVII p. 203

Fage — L'exentération de l'œil et l'ophtalmie sympathique, 34e Congrès de la Soc. française d'ophtalmologie, Séance du 10 mai 1921.

Fagin. — Sympathetic ophtalmia. — *Am. I. Ophtalm.* Chicago, 1922, p. 485.

Ferro (P. B.). — Oftalia simpatica. Contribucion a su estudio experimental. — Semaine méd. Buenos-Aires, 1921, Vol. XXVIII, p. 220.

FRADKINE. — Trois cas d'ophtalmie sympathique traités par des injections parentérales de lait et d'auto-sérum — *La clinique ophtalmologique* juin 1924 p. 322

GREEVES (R. A.). — Microscopical section of a series of sympathezing eyes examined microscopically. — Proc. Roy. Soc. Med. Lond, 1921-22, XV ; Sec. ophtalmol. 31.

GUILLERY (H.) — Sur un cas rare d'inflammation sympathisante et remarques sur les voies postérieures d'écoulement de l'œil. — *Archiv. für Augenheilkunde*, 1920, Vol 91 p. 35.

— Tuberkulose und sympathische Ophtalmie. — *Arch. f. Augenh. Wiesb.* 1920, LXXXVI, p. 1.

— Experimentelle Sympathisierung des Kaninchenauges. *Arch. f. Augenh. Wünchen*, 1924, vol. XCIV p. 143.

GUIBAL (R. et R. J.) — L'ophtalmie sympathique. — Clin. opht. Paris, 1923, XXVII p. 665.

HIRSCH (G.) — Gibt es eine sympatische ophtalmie ? *Deut. Med. Wochenschr.* — Leipz. und Berlin, 1921, vol. XLVII p. 158.

JACQUEAU et LEMOINE. — Trois cas d'ophtalmie sympathique. — Soc. d'oph. de Lyon, juillet 1922.

KUMMEL. — Sur les cas limites de l'ophtalmie sympathique. *Arch. für Augenheilkunde*, 1920, Vol. 86, p. 143.

LACROIX. — Un cas d'ophtalmie sympathique — *Normandie Médicale* Rouen, 1923, Vol. XXXIV, p. 22.

MELLER. — Etude anatomique des deux yeux dans un cas d'ophtalmie sympathique et remarques au sujet des structures tuberculoïdes. — V. *Graefe's Arch. für Oph.* 1920, T. 102, p. 122.

PALICH-SZANTO (O.) — Sur la thérapeutique de l'ophtalmie sympathique. — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.* Tome 69, juillet-décembre 1922, p. 779.

REDSLOB (E.) — Contribution à l'étude de la pathologie et de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. — Ann. Ocul. Sept. 1921, p. 659.

ROCHAT. — Ophtalmie sympathique sans irido-cyclite de l'œil blessé. — V. *Graefe's Arch. f. Opht.*, 1921, Vol 105, p 614.

RODOLFO et JULIA QUIVAL. — L'ophtalmie sympathique. — *La clinique ophtalmologique*, Déc. 1923.

ROLLET et BUSSY. — Trois cas d'ophtalmie symptahique. — *Lyon méd.* 1922, Vol, CXXXI, p. 499.

ROLLET et COLBAT. — Ophtalmie sympathique post-opératoire. — *Lyon méd.* 1923, vol. CXXXII, p. 127.

SANTOS FERNANDOZ (J.) — Temores exagerados de la oftalmia simpatica ; abuso de la enucleacion del ojo. — *Crac. méd. de Mexico*, 1919-1920, vol. I. p. 204.

SCHIECK (F.) — Sympatische Ophtalmie. Jahrasb. ü. d. Ges. Ophth, Berlin 1922, vol. XLVII, p. 151.

— Verhütung der sympathischen Ophtalmie in Kriege Handbùch d. ârztl. Erfahr im Weltkr., Leipz. 1922, vol. V, p. 123.

STARK (H H.) — Etiology of sympathetic ophtalmia. — *Ann. J. Ophth. Chicago*, 1923, vol. VI, p. 29.

TERSON (A.) — Ophtalmie sympathique chez une hérédo-syphilitique avec remarques pathogéniques. 38e Congrès de la Soc. fr. d'opht. Bruxelles 1925, Séance du 13 mai.

THIERS (C.) — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique. — *Archiv. für Augenheilkunde*, 1925, vol. 95, p. 64.

THOMPSON (H. M.) — Sympathetic iridocyclitis. — *Ann. J. Ophth. Chicago*, 1920, p. 379.

TIERI (A.) — L'ophtalmie sympathique dans la pratique civile et militaire. — *Arch. d'Oftalmologia*, 1920, vol. XVII, p. 199.

TRUC (Prof. H.) — Deux nouveaux cas d'ophtalmie sympathique. — 35e Congrès de la Soc. fr. d'Oph Séance du 8 mai 1922.

TRUC et DEJEAN. — Ophtalmie sympathique consécutive à l'extraction de la cataracte. — 38e Congrès de la Soc. fr. d'oph. Bruxelles 1925 5e séance.

VAIL (D. T.) — Sympathethic ophtalmia report of two cases cured. — *Arch. Ophth N.-Y.* 1922 vol LI p 255.

VILLARD (H.) — A propos d'un cas d'ophtalmie sympathique survenue malgré l'énucléation préventive et hâtive de l'œil blessé. — *Ann. Ocul.* 1925, T. CLXII, p. 361.

WETZEL. — Sympatische Ophtalmie und Gehörstörungen. — *Monatschr. f. Unfallheilkr.* Leipz. 1920, vol. XXVII, p. 78.

WIENER (Alfred) et ELIS BONIME. — Ophtalmie sympathique. Observation d'un cas guéri. — *Arch of ophtalmology,* 1921, Vol. L, p. 43.

WOODS. (Allan C.) et ARNOLD KNAPP. — La thérapeutique de l'ophtalmie sympathique par le pigment uvéal. — *Arch. of. ophth.* 1922, vol. LI, p. 560.

ZEUTMAGER (W.). — Present views concerning sympathetic ophtalmia. — *Penn. M. J. Athens,* 1919-1920, vol. XXICI, p. 55.

Commerciale Perrette, Limoges.